|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Vigente a partir del 1 de Mayo de 2025.** | | |
| Las marcas **“@”** identifican los puntos que **deben validarse OBLIGATORIAMENTE** **en el momento de la venta** a través del sistema de validación ingresando en [**www.plataformacsf.com**](http://www.plataformacsf.com) **o bien mediante los sistemas de facturación integrados**.Para **aquellas recetas no validadas electrónicamente** (por ejemplo autorizaciones especiales) deberá efectuarse una **DECLARACIÓN DE DISPENSA** en dicho sistema de validación. En todas las **recetas validadas y declaradas electrónicamente**, la Liquidación de Recetas y **CIERRE DE LOTES** debe efectuarse **obligatoriamente** utilizando la herramienta que brinda dicho sistema para tal fin.  Los **datos consignados en las validaciones y/o declaraciones deben reflejar fielmente lo indicado en la prescripción** (beneficiario, profesional y/o institución, productos, fecha de prescripción, etc.). Caso contrario, la receta es plausible de observación  y débito. | | |
| **Aclaración:**  El **Cierre DE LOTES** y **DECLARACIÓN DE DISPENSA** electrónico **es OBLIGATORIO. SIEMPRE deben figurar en el Resumen de Facturación general confeccionado a través de** [**www.plataformacsf.com**](http://www.plataformacsf.com)(ver punto 13).  Por lo tanto, **en** **un mismo Resumen de Facturación electrónico debe figurar INDISPENSABLEMENTE**:  - **VALIDACIÓN ELECTRÓNICA** de OSPRERA (“Plan MIXTO VALIDACIÓN”)  - **DECLARACIÓN DE DISPENSA** de OSPRERA para recetas sin validación online (“Plan MIXTO DECLARACIÓN”) | | |
| Descuentos: (Válidos sólo para pacientes ambulatorios) | | |
| General (Rural – Monotributista – Jubilado): | **40%** | | **@** |
| Plan Materno Infantil y Discapacidad: | **100%** Ver punto 6 | | **@** |
| Patologías Crónicas y Anticonceptivos: | **Según validación online** Ver punto 7 | | **@** |
| Autorizaciones Especiales: | **Ver punto 9** | |
| Habilitación del beneficiario: | | |
| Credencial (según muestra). | | |
| Habilitación del Beneficiario según validación on line: | Ingresar el **Nº de DNI, sin guiones ni barras**. Por ejemplo:   |  |  | | --- | --- | | **Nro. de Beneficiario en credencial/Nº de DNI** | **Número a Ingresar** | | **12.345.678** | **12345678** | | | **@** | | |
| Documento de Identidad (DNI, LC, LE). | | |
| No es preciso que concurra el beneficiario personalmente a la farmacia. Puede hacerlo en su nombre cualquier otra persona que presente la documentación indicada. | | |
| Recetario: | | |
| Tipo de recetario: | * Prescripción **tradicional (manuscrita)** propiamente dicha. * Recetarios **digitales oficiales de OSPRERA** con firma y sello digital de acuerdo a los requisitos de identificación de cada receta según reglamentación vigente. * Recetarios **electrónicos o** **digitales de otros prestadores con firma y sello digital que cumplan con requisitos de identificación** de cada receta (código de barra, número de receta, QR, etc.) según reglamentación vigente. * Oficial de la entidad de autogestión (según muestra) * Recetario UMA (según muestra) * Recetarios **electrónicos o** **digitales** (prescripción pre-impresa ya sea total o parcial) sin los requisitos de identificación antes mencionados pero **que contengan firma y sello original** del profesional.   **En cualquier caso, requiere validación electrónica obligatoria**.  En el caso de **recetarios electrónicos / digitales es obligatorio grabar el número** correspondiente al validar dichas dispensas.  Cabe recordar que por el momento, debe presentarse una copia impresa de dichas prescripciones electrónicas / digitales, hasta tanto finalicen los procesos de integración correspondientes. | |
| Datos que deben figurar de puño y letra del profesional, y con la misma tinta, o bien pre impresos en recetarios electrónicos / digitales. | Denominación de la entidad;  Nombre y apellido del paciente;  Número de afiliado ;  **Medicamentos recetados por principio activo**. Podrá indicar una marca sugerida, y el profesional farmacéutico sustituirla por una especialidad medicinal que contenga los mismos principios activos, concentración, forma farmacéutica y similar cantidad de unidades incluida en el Vademécum. En esos casos, el socio deberá firmar en conformidad por el reemplazo. **Se rechazarán recetas que no presenten principio activo**;  Cantidad de cada medicamento;  Firma y sello con número de matrícula y aclaración;  Fecha de prescripción;  *Las correcciones y/o enmiendas relativas a la prescripción debe estar salvadas por el profesional con su firma y sello*.  ***(\*)*** *Cuando en una receta el número de beneficiario sea poco legible o se encuentre incompleto, la farmacia debe repetirlo al dorso, en forma clara y correcta, indicando junto al número consignado por el médico la frase “ver al dorso”. El beneficiario debe firmar nuevamente como prueba de conformidad.* | |
| Validez de la receta: | | |
| El día de la prescripción y los **29** días siguientes. | | | **@** | | |
| Aclaración: los recetarios oficiales tienen una validez de **30** días entre la emisión por la Boca de Expendio y la fecha de prescripción. | | |
| Topes de cobertura: | | |
| Límites de cantidades: | Sin Tratamiento Prolongado | Con Tratamiento Prolongado (5.2.) |
| Renglones por receta:  Envases por renglón: | Hasta 3 (tres)  Hasta 1 (uno) | Hasta 3 (tres)  Hasta 2 (dos) | **@** | |
| Tratamiento Prolongado: | Cuando la prescripción indica la frase “Tratamiento Prolongado”, su equivalente o abreviaturas, pueden expenderse las cantidades indicadas en la columna “Con Tratamiento Prolongado”. Debe indicarse además el tamaño y/o contenido de cada uno por lo que, de omitirse este requisito, sólo se entregará un envase del menor tamaño y/o contenido existente. | | **@** | | | | |
| Antibióticos Inyectables: | ***Presentación*** | ***Entregar*** | **@** | | | | |
| Envase de 1 (una) ampolla o frasco ampolla. | Hasta 5 (cinco) |
|  | Envases de más de 1 (una) ampolla o frasco ampolla. | El menor número posible de envases hasta completar 5 (cinco) ampollas. Por ejemplo: si el producto se presenta en envases de 2 ampollas, pueden expenderse 3 (tres) envases = 6 (seis) ampollas. | **@** | | | | |
| Psicofármacos: | El profesional debe confeccionar además los duplicados, o los recetarios que correspondan según normas legales en vigencia. | |
| Otras especificaciones: | ***Cuando el médico:*** No especifica cantidades | ***Debe entregarse:*** El envase de menor contenido. |
|  | Sólo indica la palabra “grande” | La presentación siguiente a la menor. |
|  | Equivoca la cantidad y/o contenido | El tamaño inmediato inferior al indicado. |
| Plan Materno Infantil: | | |
| Habilitación del Beneficiario con cobertura PMI o DISCAPACIDAD según validación on-line. | | | **@** | | | | |
| Recetario: | Igual a la cobertura general. **REQUIERE VALIDACION ONLINE** | |  | | | | |
| Descuento y Productos Cubiertos: | 100% para los productos incluidos en el Vademécum PMI o DISPCAPACIDAD. **NO requiere Autorización Previa**. | | **@** | | | | |
| Límites de cantidades: | Igual a la cobertura general | | **@** | | | | |
| Patologías Crónicas y Anticonceptivos: | | |
| Habilitación del beneficiario: | Pacientes crónicos y/o con requerimiento de anticonceptivos que figuren empadronados para tal fin en el sistema de validación online. **REQUIERE VALIDACION ONLINE OBLIGATORIA.**  En caso de que un paciente no figure habilitado en dicho sistema con cobertura diferencial y así lo requiera, debe ser derivado a OSPRERA para su empadronamiento. | | **@** | | | | |
| Recetario: | Igual a la cobertura general. | |
| Productos Cubiertos: | De acuerdo a lo que figura empadronado para cada beneficiario en el sistema de validación online. | | **@** | | | | |
| Descuento: | **70% o 100%** según lo que indique el sistema de validación online. | | **@** | | | | |
| Límites de cantidades: | Según lo que indique el sistema de validación online. | | **@** | | | | |
| Productos Cubiertos: | | |
| Los descuentos mencionados en el punto 1 se aplicarán únicamente sobre las especialidades medicinales comprendidas en el VADEMÉCUM vigente de la entidad. | | | **@** | | | |
| Autorizaciones Especiales: | | |
| Estas recetas **no se validan electrónicamente.** **Debe efectuarse DECLARACIÓN DE DISPENSA.** | | |
| Sólo podrán expenderse recetas que NO cumplan con todos los requisitos, cuando se hallen autorizadas por alguna de las siguientes personas en la receta o bien vía fax que la Farmacia deberá adjuntar a la receta:   * Dra. Araoz, Victoria * Dra. Fernández Montes, Marcela * Zalewski, Claudia | | |
| Medicamentos Faltantes: | | |
| Si por cualquier circunstancia, en la farmacia falta el o los medicamentos indicados por el médico, la farmacia debe obligarse a obtenerlos dentro de las 24 horas de haber sido requeridos por el afiliado, quien debe conocer tal obligación a efectos de concurrir a adquirirlos una vez que haya transcurrido dicho plazo. En ese caso la farmacia no debe retener la receta. | | |
| Datos a completar por la farmacia: | | |
| **NÚMERO DE TRANSACCIÓN ON LINE. Debe indicarse en el encabezado de la receta “TR: XXXX”, o bien puede imprimirse el comprobante que emite el sistema.** | | | **@** | |
| Fecha de venta; | | |
| Si la presentación no contiene numero de troquel, adjuntar código de barras del mismo. | | |
| Importes (unitarios, a cargo del beneficiario, a cargo de la entidad, totales) | | |
| La farmacia deberá adjuntar cualquiera de los comprobantes de venta detallados: | Ticket fiscal propiamente dicho.  Documento no fiscal HOMOLOGADO  Duplicado o triplicado del ticket fiscal (idéntico al original pero con una leyenda de fondo “NO FISCAL”).  Facturas A, B o C. | |
| Sello de la Farmacia y firma del Farmacéutico; | | |
| Firma y aclaración de quien retira los medicamentos; | | |
| Recomendaciones Especiales: | | |
| Colocar en la receta el número de orden correspondiente; | | |
| Adjuntar los troqueles del siguiente modo: | De acuerdo al orden de la prescripción.  Incluyendo el código de barras, si lo hubiera.  Se sugiere adherirlos con goma de pegar (sin utilizar abrochadora o cinta adhesiva, debido a que dificultan la lectura del código de barras). | |
| Los troqueles deberán ajustarse a lo siguiente: | Encontrarse en perfecto estado y sin signos de uso previo (perforaciones, evidencias o marcas de sustancias adhesivas).  Sin signos de desgaste del material en todo o parte del troquel.  Sin impresiones mediante sellos de cualquier tipo de leyendas legibles o no.  Sin diferencias en tamaño, grosor y/o color del troquel para un mismo producto, presentación y lote.  No deberán presentar cualquier otro signo que otorgue carácter dudoso al troquel. | |
| Las recetas deben presentarse numeradas en forma correlativa; | | |
| Sistema de Trazabilidad: Es **obligatorio dar cumplimiento, *en los casos que sea aplicable*, al Sistema de Trazabilidad** establecido en la Res. 435/11 MS y las Disposiciones 3683/11 y 1831/11 ANMAT, ya sea mediante el propio sistema informático de su farmacia o bien de la página web provista al efecto por la ANMAT.  Cabe señalar que **dicha normativa rige, *cuando corresponda*, para todas las coberturas de OSPRERA** indicadas en las presentes normas de atención. | | |
| Cierre electrónico de lotes: | | |
| **MUY IMPORTANTE:** Todas las **RECETAS PROCESADAS ELECTRÓNICAMENTE** deben liquidarse **OBLIGATORIAMENTE** mediante la **herramienta CIERRE DE LOTES** que provee para ello el sistema de validación. De igual modo debe procederse con las **DECLARACIONES DE DISPENSA a fin de incluir ambas modalidades en el Resumen de Facturación electrónico que su farmacia presentará en COMPAÑÍA**. **Caso contrario, es motivo de rechazo** de las mismas. Utilice dicha herramienta teniendo en cuenta las indicaciones del Instructivo General del sistema.  Aclaración: la IMPRESIÓN PREVIA del Cierre de Lote NO es válida para la presentación de recetas:  Sin título9 DAS Cronicos pantalla 14 | | | **@** | | | | | |
| Atención de Consultas: | | |
| Sobre otros aspectos referidos a las normas de atención, comuníquese con el Departamento de Atención al Cliente de COMPAÑÍA al (011) 4136-9090 – Fax: (011) 4136-9001. E-mail: [info@csf.com.ar](mailto:info@csf.com.ar), de Lunes a Viernes, de 9:00 a 18:00 horas. | | |
| Ante dificultades o consultas exclusivamente técnicas fuera de nuestro horario de atención, les solicitamos que envíe un correo electrónico a [validaciones@csf.com.ar](mailto:validaciones@csf.com.ar) indicando en el titulo la palabra “Problema” más el código de su Farmacia. | | | **@** | | | | | |
| Muestra de Credenciales: | | |
| Credencial - Frente.jpg Credencial - Dorso.jpg  Frente Dorso | | |
| Muestra de recetarios: | | |
| Recetario | | |
| Recetario UMA Recetario autogestión | | |